



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #07-135-OPE

CONVERTED CHILD CARE FORMS

Date: October 31, 2007	Subtopic(s): Child Care, Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform staff that the following Family Independence Administration (FIA) child care forms have been converted to Administration for Children’s Services (ACS) Division of Child Care and Head Start forms.</p> <p>These FIA forms are now obsolete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W-560EE Notice of Intent to Change Child Care Benefits • W-560EE (S) Notice of Intent to Change Child Care Benefits • W-560Y Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits <p>The ACS forms are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS-560EE Notice of Intent to Change Child Care Benefits • CS-560EE (S) Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Spanish) • CS-560Y Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits • CS-560Y (S) Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits (Spanish) <p>The forms have been given the NYC ACS Division of Child Care and Head Start logo and references to FIA have been replaced with ACS where appropriate.</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call (718) 557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

ACS forms are available through the FIAweb Office of Procedures page (as shown below).

HRA Home > Family Independence > FIAweb Office of Procedures

Office of Procedures Search FI

What's New -- Procedures

June Training Release

- ▀ **PB 07-66-OPE** : RELEASE OF The EBT MAG-TEK/CAPS PIN Change Terminal Users Guide
- ▀ **PB 07-65-OPE** : State Mailer Regarding Changes in Payphone Access to the EBT Helpline
- ▀ **PB 07-64-OPE** : Summer Meals Program
- ▀ **PB 07-63-SYS** : Welfare Management System (WMS) Batch Transmission Time Extension
- ▀ **PB 07-62-OPE** : Revisions to Forms W-146E, W-147E, W-147M and W-147Q
- ▀ **PB 07-61-SYS** : NYCWAY Updates – New Action Codes
- ▀ **PB 07-60-EMP** : Workshops for Sanctioned Public Assistance Participants Attending City University of New York (CUNY) Schools
- ▀ **PB 07-59-SYS** : Finger Imaging Requirements for Reapplicants
- ▀ **CD 07-09** : Mandated Poster – Important Notice: Changes to Payphone Access to the EBT Helpline (FIA-63)
- ▀ **CD 07-08** : Mandated Poster – Preventing Standard Utility Allowance (SUA) Errors (FIA-58)

May Training Release

- ▀ **TM 07-09** : Page Replacements to the Employment Process Manual
- ▀ **PD 07-15-SYS** : Welfare Management System (WMS) Software Release Version 2007.1
- ▀ **PD 07-14-ELI** : Revision to the Utility Process
- ▀ **PB 07-58-SYS** : Revision to the Turn-Around Document (TAD)
- ▀ **PB 07-57-SYS** : NYCWAY Updates – Begin Employment Gain Independence Now (BEGIN) and Employability Plan (EP) Changes
- ▀ **PB 07-56-ELI** : Heating Equipment Repair/Replacement (Vendor License Verification)
- ▀ **PB 07-55-OPE** : Access NYC Public Benefits Screening Tool
- ▀ **PB 07-54-OPE** : Handling Requests for Case Record Review
- ▀ **PB 07-53-EMP** : Abridged Glossary of HRA Employment Programs
- ▀ **PB 07-52-ELI** : Section 8 Housing Voucher Outreach Program
- ▀ **PB 07-51-OPE** : Reinstatement of Form W-274X
- ▀ **PB 07-50-EMP** : Revisions to the BEGIN Program Referral Letter (W-573XX)
- ▀ **PB 07-49-OPE** : Revisions to Form M-42U and Form W-138Q
- ▀ **PB 07-48-ELI** : End of the 2006-2007 HEAP Program Year
- ▀ **PB 07-47-SYS** : Changes to the Fair Hearing Compliance Subsystem
- ▀ **PB 07-46-OPE** : Shelter Type Codes/Standard Utility Allowance (SUA)

IMPORTANT REMINDERS

Failing to budget the correct SUA is one of our highest FS payment errors.
Need help with determining the correct SUA?
Please see our Shelter Type Codes/Standard Utility Allowance (SUA) Levels Desk Guide form (W-205HH).
[Tutorial: How to Use the FIA Web](#)

HAVE QUESTIONS ABOUT AN FIA PROCEDURE?
Send an E-mail to FIA Call Center at fiacallcenter@hra.nyc.gov or Call (718) 557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765

POLICY DOCUMENTS

- Policy Directives
- Policy Bulletins
- Center Director Memos
- FIA Desk Guides
- FIA Transmittals
- Manuals
- Application/Recertification Kit
- Mandated Signage

LOOKING FOR FORMS?

- FIA Forms
- HRA Forms
- MAP Forms
- State Forms
- State Child Care Forms
- ACS Forms
- Kiosk Forms
- MKB Project Forms

Samples of the ACS and the obsolete FIA forms are attached.

Center Directors must ensure that all versions of the obsolete forms and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

Related Items:

[**PB #07-68-OPE**](#)
[**PB #07-111-OPE**](#)

☞ Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- CS-560EE** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Rev. 4/07)
- CS-560EE (S)** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 5/07)
- CS-560Y** Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits (Rev. 6/07)
- CS-560Y (S)** Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits (Spanish) (Rev. 8/07)

Obsolete Forms

- W-560EE** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Obsolete)
- W-560EE (S)** Notice of Intent to Change Child Care Benefits (Spanish) (Obsolete)
- W-560Y** Rights and Responsibilities for Transitional Child Care Benefits (Obsolete)

Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone: _____

FH&C Telephone Number: _____

Notice of Intent to Change Child Care Benefits

This notice is to inform you that this Agency intends to change your child care benefits. The changes are explained below.

Payments will be provided on behalf of the following:

Child(ren)	Provider	Change \$		Effective	Check <input checked="" type="checkbox"/> One
		From	To*		<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time

You are responsible for a family share, which must be paid to: _____ ,
CHILD CARE PROVIDER'S NAME

in the amount of \$ _____ per week, effective _____ .

The reason for this action is: _____
DATE

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 and 415.7.

*Payment may vary based on fluctuations in work activity.

JOS/WORKER'S SIGNATURE DATE SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION. BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on page 1 of this notice or write to us at the address on page 1 of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:

**Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201**

(Please keep a copy for yourself.)

- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

Print Name: _____ Case Number: _____
FIRST NAME M.I. LAST NAME

Address: _____ Telephone: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Tel. del Trabajador: _____

Teléfono de FH&C: _____

SAMPLE

Aviso de la Intención de Cambiar los Beneficios de Cuidado Infantil

Por el presente aviso le informamos que esta Agencia tiene la intención de cambiar sus beneficios de cuidado infantil. Los cambios se explican a continuación.

Se proveerán pagos para las siguientes personas:

Nombre del Niño	Proveedor	Cambio \$		A partir de	Seleccione <input checked="" type="checkbox"/> Una
		De	A*		
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Usted tiene la responsabilidad de pagar una porción familiar a: _____,
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

por la cantidad de \$ _____ semanales, a partir del _____.
FECHA

La razón de esta acción es:

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son:
18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 y 415.7.

*Los pagos pueden variar según las fluctuaciones de actividad de trabajo.

FIRMA DEL JOS/TRABAJADOR

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN. ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la primera página de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la primera página de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:

Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201

(Favor de guardar una copia para usted.)

- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones: **14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia cdefg Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
NOMBRE *I.* *APELLIDO*

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Rights And Responsibilities For Transitional Child Care Benefits

After your eligibility for the program has been established, in order to continue to receive **TRANSITIONAL CHILD CARE BENEFITS YOU MUST:**

- ◆ Pay the required fee to your child care provider;
- ◆ Notify the **Work Related Benefits Program** of any **change** in your family income, household composition, circumstances (such as birth of a child, marriage or divorce, etc.) or child care arrangements;
- ◆ Cooperate in establishing paternity and enforcement of child support obligations.

YOUR TRANSITIONAL CHILD CARE BENEFITS WILL BE TERMINATED WHEN:

- ◆ The twelve (12) month eligibility period ends;
- ◆ You leave your job;
- ◆ You fail to pay your child care fees;
- ◆ An absent parent returns to the household;
- ◆ The illness of a parent ends;
- ◆ Your child care arrangements no longer meet program guidelines;
- ◆ Child care is no longer needed to allow you to accept or maintain employment;
- ◆ Your income exceeds the maximum allowed for your family size.

You are entitled to a conference and/or State fair hearing if you feel you were incorrectly denied **Transitional Child Care Benefits**.

If you want to have an informal conference, call the **Work Related Benefits Program** at (212) 835-7681, (9 AM to 5 PM).

You may request a **State fair hearing** by telephone, in writing, by fax or in person:

(1) **TELEPHONE: (800) 342-3334.** (Please have the notice with you when you call).

-OR-

(2) **WRITE:** Send a copy of the notice, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1903, Albany, NY 12201. Please keep a copy for yourself.

-OR-

(3) **FAX:** Send a copy of the notice, to FAX Number: **(518) 473-6735.**

-OR-

(4) **WALK-IN:** Bring in a copy of the notice, to a New York State Office of Temporary and Disability Assistance office listed below:

14 Boerum Place, Brooklyn, NY, 1st Floor

**YOU MUST REQUEST A FAIR HEARING WITHIN 10 DAYS OF
THE DATE YOU RECEIVE NOTIFICATION FROM OUR OFFICE**

(Include in the Transitional Benefits package.)

Derechos y Responsabilidades para Beneficios de Cuidado para Niños de Transición

Después que su elegibilidad para participar en este programa esté establecido, para poder seguir recibiendo **BENEFICIOS PARA EL CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN, ES NECESARIO QUE USTED:**

- ♦ Le pague la cantidad requerida a su proveedor de cuidado para niños;
- ♦ Avise a el **Programa de Beneficios Relacionados al Trabajo** de cualquier **cambio** en su familia, incluyendo cambios de ingreso, número de personas en el hogar, circunstancias, (tales como – el nacimiento de un niño, matrimonio, o divorcio, etc.) ó en los arreglos en el cuidado de los niños.
- ♦ Coopere en establecer paternidad y la compulsión de las obligaciones de la manutención de niños.

SUS BENEFICIOS PARA EL CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN CESARÁN CUANDO:

- ♦ Los 12 meses de elegibilidad terminen;
- ♦ Usted deje de trabajar;
- ♦ Usted deje de pagar los gastos para el cuidado de niños;
- ♦ Un padre ausente regrese al hogar;
- ♦ La enfermedad del padre ó madre cese;
- ♦ Sus arreglos para el cuidado de niños no están de acuerdo con los guías del programa;
- ♦ El cuidado de niños ya no es requerido para que usted acepte ó mantenga empleo.
- ♦ Su ingreso excede lo máximo permitido para el tamaño de su familia.

Usted tiene el derecho a una conferencia y/ó una vista imparcial del Estado sí usted siente que los beneficios del **CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN** le fueron indebidamente negados.

Sí usted desea una conferencia informal, puede llamar al **Programa de Beneficios Relacionados con el Trabajo** al: (212) 835-7681 (de 9 AM a 5 PM).

Usted puede pedir una **vista imparcial del Estado** por teléfono, por escrito por fax o en persona:

(1) **TELÉFONO:** (212) 417-6550. (Favor de tener el aviso consigo cuando llame)

-O-

(2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de el aviso, a la Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1903, Albany, NY 12201. Favor de mantener una copia para si mismo.

-O-

(3) **FAX:** Envíe una copia de el aviso, al número del FAX: (518) 473-6735.

-O-

(4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de el aviso, a una oficina del New York State Office of Temporary and Disability Assistance Office descritos más abajo.

14 Boerum Place, Brooklyn

**ES NECESARIO QUE USTED PIDA UNA VISTA DENTRO DE 10 DÍAS DE LA
FECHA EN QUE USTED RECIBÍÓ NOTIFICACIÓN DE NUESTRA OFICINA**



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Caseload: _____
Worker Telephone: _____
FH&C Telephone: _____

Notice of Intent to Change Child Care Benefits

This notice is to inform you that this Agency intends to change your child care benefits. The changes are explained below.

Payments will be provided on behalf of the following:

Child's Name	Provider	Change \$		Effective	Check (✓) One	
		From	To*		<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time
					<input type="checkbox"/> Full Time	<input type="checkbox"/> Part Time

You are responsible for a family share, which must be paid to: _____,
(Child Care Provider's Name)
in the amount of \$ _____ per week, effective _____
(date)

The reason for this action is:

The law(s) and/or regulation(s) that allow(s) us to do this is/are: 18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 and 415.7.

*Payment may vary based on fluctuations in work activity.

JOS/Worker's Signature Date Supervisor's Signature Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION
SECTION OF THIS NOTICE FOR HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
(518) 473-6735.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call **(718) 722-5012**, fax **(718) 722-5018** or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for child care issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

OBSOLETE

Print Name: _____ Case Number: _____
Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____



Fecha: _____
 Número del Caso: _____
 Nombre del Caso: _____
 Centro: _____
 Unidad de Casos: _____
 Tel. del Trabajador: _____
 Teléfono de FH&C: _____

Aviso de la Intención de Cambiar los Beneficios de Cuidado Infantil

Por el presente aviso le informamos que esta Agencia tiene la intención de cambiar sus beneficios de cuidado infantil. Los cambios se explican a continuación.

Se proveerán pagos para las siguientes personas:

Nombre del Niño	Proveedor	Cambio \$		A partir de	Seleccione (✓) Una	
		De	A*		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
					<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Usted tiene la responsabilidad de pagar una porción familiar a: _____,
 (Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil)
 por la cantidad de \$ _____ semanales, a partir del _____
 (fecha)

La razón de esta acción es:

La(s) disposición(es) legal(es) y/o reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son: 18 NYCRR § 404.6, 415.1, 415.3, 415.4 y 415.7.

*Los pagos pueden variar según las fluctuaciones de actividad de trabajo.

 Firma del JOS/Trabajador Fecha Firma del Supervisor Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
 ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
 DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (Fair Hearing and Conference – FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

- (1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)
- (3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan
- (5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al **(718) 722-5012**, por facsímil al **(718) 722-5018** o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Éstas se le enviarán dentro de un plazo adecuado antes de la fecha de la audiencia. Los documentos serán enviados por correo sólo si lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de cuidado infantil.

Si no logra comunicarse con la Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la Agencia es errónea porque:

OBSOLETE

Nombre en Letras de Molde: _____ Núm. del Caso: _____
Nombre I. Apellido

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR TRANSITIONAL CHILD CARE BENEFITS

After your eligibility for the program has been established, in order to continue to receive **TRANSITIONAL CHILD CARE BENEFITS YOU MUST:**

- Pay the required fee to your child care provider;
- Notify the **Work Related Benefits Program** of any **change** in your family income, household composition, circumstances (such as birth of a child, marriage or divorce etc.) or child care arrangements;
- **Complete and return monthly vouchers at the end of each month;**
- Cooperate in establishing paternity and enforcement of child support obligations.

YOUR TRANSITIONAL CHILD CARE BENEFITS WILL BE TERMINATED WHEN:

- The twelve (12) month eligibility period ends;
- You leave your job without good cause;
- You fail to pay your child care fees;
- An absent parent returns to the household;
- The illness of a parent ends;
- Your child care arrangements no longer meet program guidelines;
- Child care is no longer needed to allow you to accept or maintain employment;
- Your income exceeds the maximum allowed for your family size.

You are entitled to a conference and/or State fair hearing if you feel you were incorrectly denied **Transitional Child Care Benefits**.

If you want to have an informal conference, call the **Work Related Benefits Program** at (212) 835-7681, (9 AM to 5 PM).

You may request a **State fair hearing** by telephone, in writing, by fax or in person:

(1) TELEPHONE: (212) 417-6550. (Please have the notice with you when you call).

-OR-

(2) WRITE: Send a copy of the notice, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1903, Albany, NY 12201. Please keep a copy for yourself.

-OR-

(3) FAX: Send a copy of the notice, to FAX Number: **(518) 473-6735**.

-OR-

(4) WALK-IN: Bring in a copy of the notice, to a New York State Office of Temporary and Disability Assistance office listed below:

14 Boerum Place, Brooklyn
109 East 16th Street, Manhattan, 3rd Floor
330 West 34th Street, Manhattan, 3rd Floor.

**YOU MUST REQUEST A FAIR HEARING WITHIN 10 DAYS OF THE DATE YOU
RECEIVE NOTIFICATION FROM OUR OFFICE**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA BENEFICIOS DE CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN

Después que su elegibilidad para participar en este programa esté establecido, para poder seguir recibiendo **BENEFICIOS PARA EL CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN, ES NECESARIO QUE USTED:**

- Le pague la cantidad requerida a su proveedor de cuidado para niños;
- Avise a el **Programa de Beneficios Relacionados al Trabajo** de cualquier **cambio** en su familia, incluyendo cambios de ingreso, número de personas en el hogar, circunstancias, (tales como – el nacimiento de un niño, matrimonio, o divorcio, etc.) ó en los arreglos en el cuidado de los niños.
- Llene y devuelva los comprobantes (“vouchers”) mensuales al final de cada mes;
- Coopere en establecer paternidad y la compulsión de las obligaciones de la manutención de niños.

SUS BENEFICIOS PARA EL CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN CESARÁN CUANDO:

- Los 12 meses de elegibilidad terminen;
- Usted deje de trabajar sin tener causa justa;
- Usted deje de pagar los gastos para el cuidado de niños;
- Un padre ausente regrese al hogar;
- La enfermedad del padre ó madre cese;
- Sus arreglos para el cuidado de niños no están de acuerdo con los guías del programa;
- El cuidado de niños ya no es requerido para que usted acepte ó mantenga empleo.
- Su ingreso excede lo máximo permitido para el tamaño de su familia.

Usted tiene el derecho a una conferencia y/ó una vista imparcial del Estado sí usted siente que los beneficios del **CUIDADO PARA NIÑOS DE TRANSICIÓN** le fueron indebidamente negados.

Sí usted desea una conferencia informal, puede llamar al **Programa de Beneficios Relacionados con el Trabajo** al: (212) 835-7681 (de 9 AM a 5 PM).

Usted puede pedir una **vista imparcial del Estado** por teléfono, por escrito por fax o en persona:

- (1) **TELÉFONO:** (212) 417-6550. (Favor de tener el aviso consigo cuando llame)
-O-
- (2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de el aviso, a la Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1903, Albany, NY 12201.
Favor de mantener una copia para si mismo.
-O-
- (3) **FAX:** Envíe una copia de el aviso, al número del FAX: (518) 473-6735.
-O-
- (4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de el aviso, a una oficina del New York State Office of Temporary and Disability Assistance Office descritos más abajo.
14 Boerum Place, Brooklyn
109 East 16th Street, Manhattan, 3rd Floor
330 West 34th Street, Manhattan, 3rd Floor.

ES NECESARIO QUE USTED PIDA UNA VISTA DENTRO DE 10 DÍAS DE LA FECHA EN QUE USTED RECIBÍÓ NOTIFICACIÓN DE NUESTRA OFICINA